



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 6 0 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 25 de octubre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 345/2016 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado el 5 de julio de 2012 por (...), (...), (...) y (...), solicitando una indemnización por los daños producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada, dicen, en dependencias del Servicio Canario de la Salud a su marido y padre, respectivamente, (...), a resultas de la que finalmente falleció.

2. Solicita una indemnización por los daños sufridos de más de 6.000 euros, de lo que se deriva la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, en virtud de la disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas,

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), (aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado manifiestamente. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, con los efectos administrativos y aun económicos que la demora debe comportar, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC en relación con los arts. 42.1 y 7, 43.1 y 4 y 141.3 de la misma ley.

5. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autónoma, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

6. En la tramitación del procedimiento consta haberse cumplido el recibimiento a prueba y obra en el expediente remitido los distintos informes de los distintos servicios que prestaron la asistencia sanitaria por la que se reclama, así como el del Servicio de Inspección y Prestaciones.

Evacuado el trámite de audiencia, los interesados presentan alegaciones en las que manifiestan su desacuerdo con la instrucción del procedimiento, así como la existencia de contradicciones en el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones.

Se remiten esas manifestaciones de los interesados al Servicio de Inspección Prestaciones, quien reitera lo contenido en su Informe inicial, y al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de Canarias (HUC) que emite informe sobre la aplicación de los protocolos de prevención de la infección hospitalaria.

Se confiere nuevo trámite de audiencia al que no acudieron los interesados.

II

1. Los interesados basan su pretensión en el siguiente relato fáctico:

El 15 de octubre de 2003, se le realizó al familiar fallecido finalmente por cuya asistencia sanitaria reclaman un *by-pass* aortobifemoral, tras haberse evidenciado un aneurisma en la aorta abdominal infrarrenal.

El 8 de septiembre de 2004, se le practicó una trombectomía retrógrada de rama derecha de *by-pass* aortobifemoral, tras haberse diagnosticado una trombosis aguda de la rama derecha del *by-pass*.

El 22 de septiembre de 2004, se le interviene mediante colocación de *by-pass* aortobifemoral izquierdo derecho debido a que el 17 de septiembre se había presentado una nueva oclusión aguda de la rama derecha del *by-pass*.

En el postoperatorio se aprecia dehiscencia de la herida inguinal derecha, aislándose en el cultivo un *staphiloccocus aureus meticilina resistente* (MRSA) y al evidenciarse signos de infección protésica se decide su retirada, que se efectúa el 22 de noviembre de 2004. Los médicos informan a la familia que no existe cura para este tipo de bacteria, sino tratamiento por medio de antibióticos.

El 2 de diciembre de 2004 se interviene con *by-pass* combinado *dracon silver*-crionjerto, pues presentó nuevo episodio de isquemia aguda en MID, planteándosele la revascularización para salvar la extremidad.

El 29 de diciembre de 2004, ingresa nuevamente con una trombosis del *by-pass* por lo que se realiza una trombectomía del *by-pass* y alargamiento con prótesis de *dracon silver* a rama transversal.

El 13 de enero de 2005, se realiza nueva trombectomía del *by-pass* tras producirse un ingreso por nueva oclusión del *by-pass*.

El 21 de enero de 2005, estando ingresado en el HUC, se aprecia tumoración inguinal izquierda que inicia sangrado y, tras diagnosticarse pseudoneurisma femoral izquierdo, se realiza *by-pass* desde la rama iliaca izquierda del *by-pass* aortobifemoral superficial con vena safena ipsilateral invertida y reimplante de arteria femoral profunda.

El 31 de enero de 2005, presenta súbitamente sangrado agudo con hemorragia externa y parada cardiaca por hipovolemia que es recuperado mediante maniobras de reanimación. De forma urgente se realiza resección de injerto venoso por

hemorragia secundaria a infección, *by-pass* protésico femoral superficial y reimplantación de femoral profunda con mioplastia de satorio.

El 17 de marzo de 2005, se produce nuevo ingreso por oclusión de rama izquierda de *by-pass* aortobifemoral. Se realiza gammagrafía que informa de ausencia de captaciones patológicas lineales en el *by-pass* axilofemoral derecho y migración leucocitaria patológica que persiste en la ingle izquierda, con distribución lineal a lo largo de la herida quirúrgica, con tres captaciones focales, una de ellas coincidente con la dehiscencia de la herida y que indican infección de las partes blandas. Se le practicó una simpatectomía lumbar izquierda el 8 de abril de 2005.

El 23 de mayo de 2005, se realiza amputación supracondilea izquierda.

El 29 de agosto de 2005, se procedió a la amputación supracondilea de la pierna derecha tras diagnosticarse trombosis distal a aorta. Tras la intervención sufrió dehiscencia de muñón de amputación derecho que motiva el ingreso, obligando a realizar un decúbito del fémur sobre cara anterior del muñón que motivó su reamputación el 25 de mayo de 2006.

El 3 de febrero de 2007, ingresa nuevamente por dehiscencia de muñón y tras volver a aislar el germen MRSA, se realizó más proximal el 1 de marzo de 2007.

En numerosas ocasiones posteriores sufre hemorragias por ambos orificios inguinales y continuamente ha de ser ingresado en el centro hospitalario. El paciente termina con tratamientos psiquiátricos por medio de un psiquiatra particular, debido a que se le da el alta sin un tratamiento adecuado que evite la agresividad en estos pacientes.

Comentan que durante el tiempo que permanecen fuera del HUC la familia y el paciente se ven obligados a permanecer fuera de su casa y de la isla, debido a que no existían especialistas que pudieran tratarlo o responder ante cualquier cambio fisiológico. Por lo que se decide con los especialistas, que permanezca en Tenerife con un control cercano y es atendido por un enfermero, además de un control por parte de médicos de familia y especialistas.

Durante este periodo los familiares se ven obligados no solo a encargarse de una persona encamada con úlceras muy profundas, que derivan en hemorragias que deben curar. Los enfermeros sólo acuden tres veces en semana, sin tener en cuenta sus descansos y no enviando sustitutos durante ese tiempo. También la familia tuvo que asumir los gastos farmacéuticos, ya que el paciente era prejubilado.

Tras el alta hospitalaria, el 2 de noviembre de 2010 porta sondaje vesical permanente. Por ello, recibe en casa curas de úlceras tres veces en semana y revisan la sonda vesical. En la última visita, tras la retirada de la sonda y tras haber tenido dificultades para volver a colocarla, presentó una úlcera en la base del pene. La familia lo lleva al Servicio de Urgencias el 9 de diciembre de 2010, y tras 24 horas de observación y cultivos le vuelven a dar el alta hospitalaria.

La infección le produce desorientación y fiebre alta y es ingresado de nuevo por Urgencias el 20 de diciembre de 2010 y remitido al Servicio de Urología para seguimiento, el cual remite el caso a Medicina Interna con intención de darle el alta hospitalaria.

Durante el ingreso la evolución es tórpida y fallece a las 23:40 horas del 19 de enero de 2011 por parada cardiorrespiratoria, juicio diagnóstico de sepsis urinaria versus cutánea en paciente portador de sonda vesical con urinocultivo positivo a *proteus mirabilis*, úlcera infectada y fistulizada, portador de MRSA en fosas nasales y desnutrición severa. Anteriormente, Urología había informado de que su alta dependía de Medicina Interna. Se solicita informe a Medicina Interna por varias vías y resulta que no se realiza a pesar de haber llevado el seguimiento los últimos días y la sedación del paciente, además de ser quienes acuden para certificar el fallecimiento.

Por ello, los interesados reclaman por trato inadecuado al paciente, por la infección nosocomial protésica sufrida tras la intervención de 22 de septiembre de 2004 y por la sepsis urinaria con urinocultivo positivo a *proteus mirabilis* y la úlcera infectada y fistulizada en base del pene con mismo cultivo positivo, debido a las curas que se practicaban, a pesar de lo cual fue dado de alta e ingresado nuevamente a los pocos días con fiebre y desorientado, produciéndose finalmente el fallecimiento.

En relación a la infección tras la intervención quirúrgica, entienden que no se adoptaron las medidas de higiene y asepsia necesarias, ni se llevaron a cabo los protocolos adecuados para su control, deduciendo que el mal funcionamiento fue el causante de los daños expuestos.

Solicitan distintas cantidades indemnizatorias por tres conceptos: por un lado, por los gastos que los familiares hemos tenido que sufragar por la asistencia continua y diaria a (...); por otro, por el daño moral sufrido durante sus años de enfermedad y, por último, por el perjuicio causado por el fallecimiento.

2. De la documentación médica obrante en el expediente, constituida por el historial del interesado y por los informes emitidos por los facultativos que participaron en la atención sanitaria prestada y por el Servicio de Inspección y Prestaciones, resultan los siguientes hechos:

El paciente que falleció a la edad de 67 años, tenía como antecedentes patológicos: dislipemia mixta, diabetes mellitus tipo 2, insulino dependiente, exfumador, cardiopatía isquémica coronaria con Infarto agudo de miocardio en el año 2005, con revascularización coronaria, síndrome depresivo, seguimiento psiquiatra, colecistectomía, coledocolitias múltiple, con ectasia secundaria vía intra y extra hepática, en tratamiento con la Unidad de Dolor, con simpatectomía, ateromatosis aortoiliaca severa, ureterohidronefrosis, fibrosis retroperitoneal.

El 24/09/2003 ingresó en el HUC por claudicación intermitente para estudio y tratamiento. El 15/10/2003 fue intervenido quirúrgicamente de *by-pass* aortobifemoral y dado de alta el 23 de octubre.

El 02/09/2004 ingresa procedente del Hospital de La Palma por isquemia aguda del miembro inferior derecho. Es intervenido quirúrgicamente el 08/09/2004 por trombosis de la rama derecha de la prótesis aortobifemoral, realizándose trombectomía femoral derecha, pero, debido a no buen resultado se intervino de nuevo el 22/09/2004, realizándose *by-pass* femoro-femoral izquierdo-derecho.

En el posoperatorio presenta dehiscencia de la herida inguinal derecha, aislándose en el cultivo un *estafilococcus aureus metacilin resistente* (MRSA). Tratamiento antibiótico según antibiograma. Es aislado por Medicina Preventiva. Se retira el *by-pass* el 22 de noviembre. Tras esto se presenta un nuevo episodio de isquemia aguda en miembro inferior derecho. El 02/12/2004, se coloca un *by-pass* axila-femoral derecho con la intención de salvar la extremidad y es dado de alta el 20/12/2004.

El 29/12/2004 el paciente vuelve a ingresar por isquemia de miembros inferiores y se realiza trombectomía del *by-pass* axila-femoral derecho. Reingresa el 15/01/2005 por trombosis del *by-pass* axilofemoral y se realiza trombectomía. El 20/01/2005, desarrolla un falso aneurisma sobre prótesis en la región inguinal izquierda, que se rompe. Se interviene de urgencia para colocar injerto. En esta cirugía se realiza cultivo que resultó positivo para MRSA. En el posoperatorio tuvo que drenarse gran cantidad de pus en la zona de la herida quirúrgica.

El 1/02/2005, sufre un sangrado intenso por región inguinal izquierda, teniendo una parada cardiaca que tras maniobra de reanimación cardiovascular se recupera. Se realiza cirugía de urgencia con resección y prótesis nueva.

El 07/02/2005, sufre trombosis de este último injerto realizándose tromboembolectomía. Se prescriben antibióticos de amplio espectro y curas. Antes del alta distintos cultivos realizados resultan negativos, además se realizó una gammagrafía especial para determinar si existía infección del segmento aorto iliaco, que fue negativa. El alta se formaliza el 25 de febrero. Se prescribió tratamiento para el MRSA durante 3 meses con cotrimoxazol.

Del 17 de marzo al 11 de abril de 2005, ingresó con isquemia del miembro inferior izquierdo y se realiza una simpatectomía lumbar izquierda. El 12/05/2005, ingresa por isquemia irreversible del miembro inferior izquierdo, por lo que se realiza amputación supracondilea de dicho miembro con fecha de 23 de mayo.

El 03/08/2005, ingresa por isquemia del miembro inferior derecho que se trata inicialmente con simpatectomía química con escasos resultados por lo que se interviene realizándose amputación supracondilea de dicha extremidad el 29/08/2005.

Posteriormente sufre dehiscencia de suturas de ambas extremidades; se reinterviene los días 16 y 30 de noviembre, por lo que se trata quirúrgicamente; alta el 19/12/2005.

Reingresa el 03/11/2006 por dehiscencia del muñón derecho, lo que se complica, y vuelve a reintervenirse el 26 de mayo de 2006. En enero y febrero se realizaron varios cultivos que dieron negativos.

El 28/06/2006, fue remitido por Cirugía Vasculuar por problemas miccionales al urólogo. Se realiza alta el 4 de agosto de 2006, posteriormente, sigue en control con Cirugía Vasculuar en consultas externas.

El 03/02/2007, reingresa en Cirugía Vasculuar por dehiscencia de muñones de amputación supracondilea, volviéndose a aislar MRSA.

El 16/02/2007, es remitido por Cirugía Vasculuar a neurólogo por probable deterioro cognitivo. El 21 de febrero es valorado y escribe el neurólogo «probable deterioro cognitivo de origen vascular en estudio» y solicita TAC craneal y EEG. Se determina un deterioro cognitivo leve. El 1/03/2007 se realiza limpieza de muñones y reamputación.

La evolución de la herida es satisfactoria siendo dado de alta sin puntos el 21/03/07.

Con posterioridad a esta fecha, el paciente ha acudido a valoración por curas de Cirugía Vascolar tanto demandadas por el paciente como por su familia.

El 12/05/2007, Cirugía Vascolar remite al paciente a Psiquiatría, que ya les es conocido por tratamiento trastorno depresivo. Sugieren un trastorno actual de deterioro cognitivo y/o confusional, seguimiento evolución.

Desde el 07/07/2010 hasta el 5 de agosto de 2010, ingresa en Urología por uretrohidronefrosis bilateral en relación a fibrosis retroperitoneal. Esto se evidencia en TAC del 13 de julio de 2010. Se coloca sonda vesical.

Se valora también coledocolitiasis múltiple con dilatación de vías intra y extrahepáticas, pasando posteriormente a control por consultas externas de Digestivo y Medicina Interna. Durante este ingreso también Cirugía Vascolar interviene por exposición de prótesis a nivel inguinal izquierdo.

Es intervenido el 29 de julio para retirada de prótesis que resultó estar contaminada por MRSA. Tratamiento posterior, como en todos los casos con curas y antibióticos. Además se realizaron curas y tratamiento de úlcera sacra desarrollada en posoperatorio, según cirujano: «por la larguísima evolución de sus lesiones así como la poca o nula actitud positiva del paciente hacía la movilización». Se realizan varios cultivos como seguimiento del tratamiento y de la infección. Al alta se prescribieron curas y controles, alta con fecha 28 de agosto.

Tras acudir a Urgencias del hospital por dificultad respiratoria es ingresado en Medicina Interna el 24/09/10 por sepsis grave de origen cutáneo (ulcera sacra supuración cicatriz inguinal) y sdr contusional secundario, tratamiento con antibióticos, se aísla al paciente por los antecedentes anteriores de MRSA, en espera resultado de cultivos. El día 1 de octubre se reciben resultados de bacteriología, cultivos negativos al MRSA. Se suspende el aislamiento. Se realizan: tac de abdomen, tac de tórax, tac craneal, analíticas, controles continuos de Enfermería, radiografías etc. Se sigue tratamiento. Se pautó una semana de tratamiento antibiótico.

Se realiza interconsultas en distintos Servicios: Vascolar, Digestivo, Cardiología (...) Se escribe en historia clínica «se informa a la familia», hay interrelación entre los sanitarios y los familiares de forma habitual. Se actualiza el tratamiento. La sonda vesical se pauta permanente por la facilidad a hacer retenciones urinarias y para evitar la infección de las escaras. Dada la buena evolución del paciente se

decide alta hospitalaria que se estima en consulta con la familia para el día 02/11/2010. Es tratado en su domicilio donde recibe curas 3 veces por semana. El día 09/12/2010 lo llevan sus familiares al Servicio de Urgencias por úlcera supurando en la base del pene, donde se ve la sonda vesical. Se prescriben curas y antibióticos pautados por Urología y dado de alta de Urgencias. Tras cultivo se demuestra infección por *proteus mirabilis*.

El 23/12/2010, el paciente ingresa en el Servicio de Urgencias con fiebre, más desorientado de lo normal, agitado, tos, expectoración blanquecina e ingresa en Urología con sospecha de sepsis urinaria con urinocultivo positivo a *proteus mirabilis*, igualmente infección del mismo tipo en úlcera de base del pene; presentaba desnutrición. El 25 de diciembre, cultivo positivo nasal al MRSA. Se adjudica una habitación individual y se da permiso a la esposa para quedarse con el paciente todo el tiempo que quiera. Según informe clínico del Jefe del Servicio de Urología: «que durante el ingreso se atiende al paciente con toda corrección pero en varias ocasiones el personal de la planta, médicos, enfermeros y auxiliares, se ven obligados a recordarle a la esposa que respete las normas básicas de la planta, la familia se muestra nerviosa y con gran ansiedad con dificultad para asumir la complejidad del cuadro clínico que presentaba el paciente por sus múltiples patologías». Se coloca talla vesical. Y se retira sonda urinaria por fístula uretro cutánea. Fue tratado de su sepsis urinaria con antibióticos vía endovenosa, y evolucionó favorablemente de esta, con constantes normales y afebril.

El día 09/11/2011, sufre un cuadro hipertensivo y se contacta con Medicina Interna, se le realiza ECO, Rx tórax, analítica y se empieza a tratar al paciente ante la sospecha de neumonía. Tratamiento antibiótico constante y otras medidas de apoyo. El Servicio de Medicina Interna se hace cargo del paciente.

Del 10 al 13 de enero de 2012, el paciente mejora: se encuentra sin fiebre, sin dolor con buena evolución; persisten las curas por Enfermería y sigue su tratamiento. Es a partir del día 14 de enero cuando el paciente empeora, a pesar de la evolución positiva y a pesar de que la rx tórax era mejor que las previas. Fallece por parada cardiorrespiratoria el día 19 de enero de 2011 a causa de neumonía nosocomial a las 23h 40 minutos.

3. El Servicio de Inspección y Prestaciones concluye con que:

- La dolencia del paciente (arteriopatía aortoiliaca severa) es una enfermedad vascular que va avanzando, la oclusión vascular no se detiene a este nivel y el

paciente llega a un estado crítico, acentuado por sus antecedentes patológicos: diabetes, hábito tabáquico y la dislipemia. Los pacientes diabéticos son los que más amputaciones sufren, porque además se añaden las infecciones a las que son más propensas. Los problemas derivados de la arteriopatía grave no se deben al MRSA. El paciente tras un deterioro progresivo durante siete años de evolución (desnutrido, inmunodeprimido), termina en sepsis y posteriormente neumonía, falleciendo. Esta es la evolución normal de un paciente con una arteriosclerosis intensa, y que debe entenderse que es la causa de la muerte.

- Las afirmaciones que aduce la familia sobre el MRSA (no se puede erradicar, que no tiene tratamiento y que fue el causante de las amputaciones) no se ajustan a la verdad. Existe un arsenal de antibióticos para tratar esta infección: *linezolid*, *trimetoprim - sulfametoxazol*, *vancomicina*, *clindamicina*, *doxiciclina*, *minociclina*, y actualmente siguen investigándose nuevos antibióticos. En una infección en piel en persona sana, se usa la *mupirocina*, antibiótico, más curas y tapar zona, se elimina la infección generalmente sin más. En casos más graves se emplean antibióticos como los que arriba definimos más aislamiento de contacto, hasta obtener cultivos negativos, que es precisamente lo que se efectuó con el paciente. También aducen que la infección es dolorosa lo que tampoco es real, normalmente incluso puede pasar inadvertida, por sí sola no es dolorosa, tampoco es una secuela vascular.

- Tal como refiere el Jefe del Servicio de Medicina interna del HUC, «La infección por MRSA se considera una infección nosocomial porque se presenta en pacientes hospitalizados, pero su origen no viene de fuera, se encuentra en las fosas nasales y emerge en pacientes hospitalizados, diabéticos, desnutridos y con tratamiento antibiótico, etc. pueden volverse agresivos y producir una infección con daño. Esto es lo que le ocurrió a (...) sin que pudiera ser evitado, pese a haber adoptado todas las medidas necesarias».

Desde el comienzo de sus problemas quirúrgicos, lo primordial y urgente era tratar la aterosclerosis aortoiliaca severa y sus consecuencias posteriores, lo que se realizó con prontitud y con todos los medios diagnósticos y de tratamiento al alcance, según se valora en la larga y profusa historia clínica del paciente.

- Sobre la queja del funcionamiento anormal, se observa en el historial clínico del paciente, como decíamos, que se emplearon medios diagnósticos diversos y en múltiples ocasiones; nos referimos a TAC (scanner), angiografías, ecografías, radiografías, analíticas, cultivos microbiológicos, pruebas cardiológicas, digestivas, urológicas, renales, etc., cuidados de Enfermería continuos y detallados, cuidados

médicos pormenorizados en historial del paciente. Además, una sincronía entre los distintos Servicios especializados, necesarios para este paciente con su salud comprometida multiorgánicamente.

En cuanto al trato inadecuado, referido por los reclamantes en todos los Servicios sanitarios y todo el personal sanitario, no se justifica documentalmente tal afirmación, todo lo contrario.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por considerar que no concurren en el presente caso los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad de la Administración.

A su entender queda acreditado en el expediente que por parte del personal sanitario se adoptaron todas las medidas terapéuticas necesarias para evitar el resultado final (éxito), mediante un continuo y adecuado seguimiento, tratamiento y cuidado de la paciente.

En este sentido, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones indica como factores destacados en la evolución del proceso lo siguiente:

«La enfermedad del paciente (arteriopatía aortoiliaca severa) es una enfermedad vascular que va avanzando, la oclusión vascular no se detiene a este nivel y el paciente llega a un estado crítico, acentuado por sus antecedentes patológicos: diabetes, hábito tabáquico y la dislipemia. Los pacientes diabéticos son los que más amputaciones sufren, porque además se añaden las infecciones a las que son más propensos. El paciente tras un deterioro progresivo durante siete años de evolución (desnutrido, inmunodeprimido), termina en sepsis y posteriormente neumonía, falleciendo. Esta es la evolución normal de un paciente con una arteriosclerosis intensa, y que debe entenderse que es la causa de la muerte».

- Tal como refiere el Jefe del Servicio de Medicina interna del HUC, «La infección por MRSA se considera una infección nosocomial porque se presenta en pacientes hospitalizados, pero su origen no viene de fuera, se encuentra en las fosas nasales y emerge en pacientes hospitalizados, diabéticos, desnutridos y con tratamiento antibiótico, etc. pueden volverse agresivos y producir una infección con daño. Esto es lo que le ocurrió a (...) sin que pudiera ser evitado, pese a haber adoptado todas las medidas necesarias».

2. La parte interesada no ha aportado pruebas en contra de los informes incorporados al expediente, no pudiendo apreciarse -todo lo contrario- que la actuación del personal sanitario fuera contraria a *la lex artis*.

Hemos de insistir en que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

Como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, el reciente DCCC 238/2016), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria.

Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts. 3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts. 6.1, 12.2 y 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP).

Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC).

Se ha de insistir al respecto que, conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*, puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados.

3. Este Consejo coincide con la Propuesta de Resolución. De lo obrante en el expediente se deduce que el paciente por cuya atención se reclama fue atendido adecuadamente y que se emplearon todos los medios diagnósticos que se entendieron necesarios por parte de los distintos servicios especializados y en múltiples ocasiones, como TACs (scanner), angiografías, ecografías, radiografías, analíticas, cultivos microbiológicos, pruebas cardiológicas, digestivas, urológicas, renales, cuidados de Enfermería continuos y detallados, etc.

Pese a prestarle los medios de los que se disponía, los distintos informes coinciden en que el fallecimiento se debió a la evolución normal de un paciente con diabetes, hábito tabáquico y dislipemia que padeció una arteriosclerosis intensa.

En cuanto al trato inadecuado recibido del personal sanitario, referido por los reclamantes, no se justifica documentalmente tal afirmación.

En suma, este Consejo considera, pues, que ha quedado acreditado que por parte de la Administración sanitaria se han puesto todos los medios posibles a disposición del paciente habiéndose empleado las pruebas diagnósticas que se entendieron necesarias por parte de los distintos servicios especializados y, en múltiples ocasiones, para tratar las dolencias que se iban presentando, sin que conste, más que por las alegaciones de la parte interesada, que el MRSA que padeció fuera de origen hospitalario, ni que el paciente recibiera un trato inadecuado por parte de los sanitarios que le atendieron.

Por ello, es conforme a Derecho que la Propuesta de Resolución desestime la pretensión resarcitoria, ya que entre las distintas patologías, en particular la sepsis y posterior neumonía que el paciente padeció -y por la que finalmente falleció- y la asistencia recibida no se da la necesaria relación de causa a efecto para que prospere la reclamación por responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria pública se estima conforme a Derecho.